

(公表用)

## 岩手県福祉サービス第三者評価の結果

### 1 第三者評価機関

名称	社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会	認証番号	第2号
所在地	盛岡市三本柳8-1-3	評価実施期間	平成26年2月10日～26年7月28日

### 2 事業者情報

事業者名称(施設名): しいのみホーム(ながはし)	種別: 障がい者生活介護事業
代表者氏名: 理事長 吉川 達男 (管理者) 施設長 吉川 達男	開設年月日: 平成6年4月1日
設置主体: 社会福祉法人 岩手しいの木会 経営主体: 社会福祉法人 岩手しいの木会	定員(利用人員): 57名
所在地: 岩手県盛岡市長橋町3番42号 TEL: 019-647-5444 FAX: 019-647-5860	

### 3 総評

<p>◇ 特に評価の高い点</p> <p>○ <b>利用者と地域との関わりを大切にしている。</b></p> <p>しいのみホームでは、地域との関わりについて積極的な考え方を理念や事業計画に明示し、利用者や地域との関わりを大切にしている。無認可時代から地元の青山町との交流(花苗プランターの設置、花の手入れ、お祭りの参加等)が現在も継続しており、イオンの店頭活動にも毎月参加している。他にも地元への買い物や美容院などの外出など日常的な活動についても、個々の利用者のニーズに応じて地域の社会資源を利用するなど、地域との交流を広げている。</p> <p>◇ 改善が求められる点</p> <p>○ <b>利用者個々のサービスについて標準的な実施方法の作成</b></p> <p>日中活動の一部の利用者について「アセスメント・個別支援計画書」の作成時に抽出した排泄や食事、入浴、着替え、等、生活場面毎に示された&lt;利用者個々の留意点&gt;を「標準的な実施方法(個別支援マニュアル)」として置き換え、これに基づいたサービスが提供されている。事業内容に沿った一定の「標準的な実施方法」を作成し、更に、「個別のサービス実施方法」を定めることが必要である。利用者個々の「標準的な実施方法」にはプライバシー保護に関する姿勢を明示し、職員の周知やP・D・C・Aサイクルの観点から、定期的な見直し等について組織として取組が求められる。</p>
---

### 4 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<p>今回初めての受審となりました。福祉サービス評価を受審するにあたり、自己評価項目の読み込みに関する研修会の実施や実際に職員個々が当事業所のサービスについて自己評価することにより、職員個々のサービス提供について意識の変化が感じられたことは、一番の収穫でした。</p> <p>評価の結果は、改善すべき目標を示していただいたものと捉え、スタッフ個々の意識の変化を大切にしながら持続的、継続的な改善に向けた取り組みを、できるところから優先順位をつけ実施していきたいと思っております。</p>
---

### 5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

## (別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【しいのみホーム(ながはし)】

### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

#### I 福祉サービスの基本方針と組織

##### I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	<b>a</b>
評価者コメント 法人の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 社会福祉法人岩手しいの木会では、創業の精神『障がいをもつ子どもの親の思い』から、基本理念として定款第1条に基づく「1、利用者の意向を尊重する。2、望まれる多様な福祉サービスを総合的に提供する。3、地域社会で、安心して生活できるように支援する」と定め、冊子やパンフレットなどに掲載して明文化しており、それぞれの使命や役割を読み取ることができる。今後さらなる取組として、理念は、法人の社会的存在理由や信条を明らかにし職員の行動規範や	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	<b>b</b>
評価者コメント 理念に基づく基本方針を明文化しているが、その内容が十分ではない。 「しいのみホーム基本理念」として4項目を挙げて明文化しており、法人の理念を受けた基本方針と読み取ることができる。また、「職員の倫理綱領」として利用者等への姿勢や職員の行動規範となるよう明文化しており、職員の行動規範としてはより具体的な内容となっている。そのため、この双方を参考として基本方針を明確にすることにより、職員が自らの業務に対する意識付けや利用者への接し方、福祉サービスへの具体的な取組を合目的的に行うことができる	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	<b>b</b>
評価者コメント 理念や基本方針を職員に配付しているが、理解を促すための取組が十分ではない。 理事長(施設長)が会議や研修会において説明している。さらに毎日の終礼でも理念について説明をしているが、職員の周知の状況を確認したり、職員間での討議や研修テーマの設定など、理念や基本方針の理解を促がすための継続的な取組という点では十分ではない。	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	<b>c</b>
評価者コメント 理念や基本方針を利用者等に配布していない。 基本理念等を掲載した記念誌は利用者には配布しているが、利用者等に理念や基本方針を周知するための取組は行われていない。理念や基本方針は、福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものであることから、利用者や家族等にも広く周知することが必要となる。利用者は障がいの程度が重く、なかなか理解してもらうことは難しいと思われるが、周知の方法に配慮しているかどうかについても評価の対象となるため、より理解しやすいような工夫をして、周知を促がす取組が求められる。	

##### I-2 計画の策定

I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	<b>a</b>
評価者コメント 経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画を策定している。 岩手しいの木会では、中・長期計画は今後の事業の展開と人員補充を主に策定している。現在、最優先に考えている事案として法人内施設の改築に向けての取組で、職員の意見を入れている取組も行われている。今後は、実施する福祉サービスの内容や教育・研修など人材育成、組織運営体制など全体的な部門についても、目標を明確にしたより細やかで具体的な中・長期計画が必要となってくる。	

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容を反映していない。 しいのみホームの中・長期計画は、事業展開と人員体制が中心の計画であり、事業計画の中に施設の改築計画は示されていないが、事業計画としては十分とはいえない。事業計画は年度の終了時の実施状況の評価を行うものでもあり、実施状況の評価が可能となるような目標が数値化等できる限り定量的な分析ができるものであることも求められる。</p>	

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されていない。 しいのみホームの計画の策定については、昨年度までの反省を踏まえて組織内の委員会を実態に即し機能するよう再編成した。今年度より新たに取り組み始めたところで、管理サイクルに準じての取組の定着を目指している。それを次年度の計画に盛り込むように取り組む姿勢であり、今後に期待する。</p>	
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者に周知されている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>各計画を職員や利用者等に配付していない。 しいのみホームでは事業計画を会議等で説明しているが、全職員に配布はされていない。利用者についても年間の行事計画表は配布しているものの、事業計画の配布や理解を促がすための取組は実施されていない。各計画を職員がよく理解することは事業達成のためには欠かすことができない要件であり、各計画を文書にして配布することは基本である。また、より理解を促進するために説明・研修会を実施し、周知の状況をあわせて把握していく必要がある。利用者・家族に対しても、周知に向け</p>	

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 しいのみホームの管理者(施設長)は法人の理事長でもあり、自らの役割と責任については細かく文書化しており、職員に対しても会議や研修会において理念や運営の理解を促がすために積極的に説明を行っている。法人が発行している記念冊子にも管理者としてのメッセージを掲載しており、管理者としての役割と責任を明確にしている。職員や利用者からの理解や周知についての把握は十分ではないものの、今年の1月に施設長に就任した</p>	
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。 施設長は自ら法令遵守の観点から研修や勉強会に積極的に参加、職員に労働法等、就業についての説明を行っており、施設内で「虐待防止法」など必要な法令等についての研修会も実施している。ここでの評価の考え方は、施設が社会的役割を果たしていくためには基本的な関係法令や事業者としての倫理を踏まえた事業を進める必要性があり、幅広い分野について遵守すべき基本的な法令等を把握し、職員が理解するためにリスト化するなどの取組</p>	

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 管理者は会議等で積極的にサービスの向上について説明をするなど意欲を持って取り組んでいる。実施するサービス等の現状の達成度を評価した、資料「岩手しいのみホームの現状と課題」の文書があり、質の向上に取り組む姿勢が見られる。しかし、具体的な福祉サービスの実施について定期的・継続的な評価・分析に至っておらず、組織として課題に向かい目標管理システムとしての取組としては十分とはいえない。職員</p>	

I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。</p> <p>管理者は、月別の業務報告を作成、利用者の推移や経営状況について分析して前年度と比較検討するなど、職員会議で説明しており資料も全職員に配布している。休憩室の改築を進め、労働環境の整備等も行っている。しかし、経営の効率化や改善に向かった取組の実施内容や、数量化された効果・改善事項の明確化など、具体的な組織としての取組の実情や、職員に同様の意識を形成するための取組の点で十分とはいえない。人事管理について</p>	

## 評価対象II 組織の運営管理

### II-1 経営状況の把握

#### II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>管理者は事業経営にとりまく動向について、制度概要説明会や研修会に積極的に参加して情報を収集している。障がい者福祉の動向については、地域の障がい福祉事業者で組織する「もりきたエコネット」によるアンケートの結果等を活用し、利用者の人数を把握する等状況を整理している。これらの情報は事業を進める上で欠くことができないことで、そのデータや情報などを中・長期計画や各年度の事業計画に反映しているかということが重要になる</p>	
II-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>経営状況を分析して課題を発見する取組を行っているが、改善に向けた取組を行っていない。</p> <p>しいのみホームでは、年度毎にサービス利用者の推移や利用者等の分析を行っている。また、管理者において現状と課題について分析した結果を示し文章化している。しかし、分析した結果が具体的に事業計画に反映しておらず、また、経営状況や改善すべき課題を職員に周知する取組は十分とはいえない。経営上の問題を把握し、どのように分析、改善するかという点について、組織的な仕組みの構築が求められる。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	非該当
<p>評価者コメント</p>	

### II-2 人材の確保・養成

#### II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人人体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。</p> <p>管理者によって、人材に関する具体的なプランが示されているが、年度途中の欠員等もあり人員の確保に苦慮しているのが現状である。資格取得の優遇措置(経費支援や研修日程の配慮)などで、有資格者が徐々に増えており、対策の効果が現れている。また、専門職員配置加算も目指している。しかしながら、プランは人材育成や人事管理を総合的に体系化したものではない</p>	
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c
<p>評価者コメント</p> <p>定期的な人事考課を実施していない。</p> <p>人事考課について具体的な取組は行われていないが、管理者が研修に参加し情報を収集している。ここでは、「組織において意図的な人材育成を推進していくうえで職員に対して公正で的確な評価が行われている」かどうか評価のポイントである。職員の仕事に対する意欲にも影響し、当然サービスの質の向上にも影響するため、適切な人事考課の実施について検討を期待する。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

<p>II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。</p>	<p><b>b</b></p>
<p>評価者コメント                  職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みがあるが、改善する仕組みの構築が十分でない。                  職員の有給休暇の消化や時間外労働の集計、就業に関する職員の意向調査等のアンケートのデータがあるが、把握した職員の意向調査の結果や就業状況のチェックの結果を分析し、改善策を検討する仕組みの構築が十分ではない。定期的な職員との個別面談の結果を台帳にまとめるなど、就業状況が確認できる記録等の整備が求められる。</p>	
<p>II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。</p>	<p><b>b</b></p>
<p>評価者コメント                  福利厚生事業を実施しているが、十分ではない。                  しいのみホームでは、健康診断やインフルエンザ予防接種・腰痛予防のためのベルトの貸与など、健康維持のための取組を施設の費用負担で実施している。また、職員の災害補償保険加入や職員間のコミュニケーションをとる機会の設定をし費用負担等もやっている。総合的な福利厚生事業として、健康維持の取組のほかに、職員の余暇活動や日常生活に対する支援等、総合的な福利厚生事業を図っているかどうか求められているが、職員の希望の聴取等による取組が実施されておらず、十</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

<p>II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。</p>	<p><b>C</b></p>
<p>評価者コメント                  組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されていない。                  しいのみホームの職員の研修派遣計画があり、職員の能力等に応じた研修内容を定めているが、施設として目指す福祉サービスを実施するため具体的な技術水準、専門資格等を明確にした職員の教育・研修に関する基本的姿勢が基本方針や中・長期計画の中に明示されていない。一方、福祉に関する国家資格取得への費用を支援して、有資格者が増えてきているなど具体的な実績がある。</p>	
<p>II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。</p>	<p><b>b</b></p>
<p>評価者コメント                  職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されているが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。                  職員一人ひとりの必要に応じた研修内容が段階別に分けた「職員研修派遣計画」があり実施されているが、具体的に個別の基本計画に沿った教育・研修計画としては十分とはいえない。面接により将来への意向等を把握する取組もやっているが、それらを統合した形で個別の職員についてキャリアパス等を考え、どのような教育・研修をしていくのが求められる。研修の履歴や資格、今後の研修計画などを</p>	
<p>II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p><b>b</b></p>
<p>評価者コメント                  研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。                  研修を修了した職員は復命書で報告しており、当日、又は翌日の終礼で発表の機会を持つなど、できることから取り組み始めている(6月から実施)。月1回の内部研修に研修報告の機会を入れるような計画も考えている。次の研修計画への反映のためには、研修報告も復命書への記載のみでなく研修レポートを提出させ、研修派遣を命じた上位の職員が評価や助言するなど、研修成果の評価がある。職員の教育・研修に力を入れて取り組んでいくことは福祉サー</p>	

II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。

<p>II-2-(4)-① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。</p>	<p><b>C</b></p>
<p>評価者コメント                  実習生の受け入れに対する基本姿勢が明示されていない。                  しいのみホームでは施設実習生を受け入れる際に、実施計画やプログラム、実習に当たっての留意事項などを明示した文書によって実施されているが、施設としての実習生の受け入れに対する基本姿勢の明示がなく、また、受け入れに関するマニュアル(連絡窓口、利用者や家族・職員への事前説明、実習生に対するオリエンテーションの実施方法など)の作成も十分ではない。まず、組織として受け入れの基本的な考え方・方針が明確であり、受け入れに関するマニュアルが整備されていること</p>	

II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>実習生の受入れの際には、効果的なプログラムを用意する等、育成について積極的に取り組んでいるが、十分ではない。保育実習や介護体験実習を受入れ、実習プログラムも用意されており、基本的には事業所側が中心に計画をしている。オリエンテーションと現場実習の担当を分けて多方面から実習生をフォローしている。しいのみホームでは、施設実習は福祉サービスに携わる人材を育成することも施設の社会的責務であることを自覚し、実習終了後のボランティアや、進路の選択肢の一つに障がい者事業所が入ってもらえる取組みがで</p>	

## II-3 安全管理

### II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全確保のために、組織として体制を整備しているが、十分に機能していない。しいのみホームでは、事故や感染症の発生時の対応や予防対策として、それぞれ細かな対応マニュアルを整備し、また、利用者一人ひとりにリスク等を明示した「健康ノート」を作成して安全確保に努めている。安全確保の取組は継続的に行われなければその効果が望めない。マニュアル等を作成をしているものの、適切な時期に見直しや改訂をしていない。今後は定期的な評価と見直しを実施をして、利用者の安全確保に関する意識を職員全体で向上さ</p>	
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集しているが、要因分析と対応策の検討が十分ではない。しいのみホームでは、リスクチェック表を作成しリスクマネジメント委員会で原因分析や対応策等が検討され、文書として職員に周知されるように取り組まれている。また、リスクマネジメント研修には積極的に職員を派遣させていることは評価される。リスクチェック表は定期的な見直しを実施しておらず、現在新様式で作成中とのこと。安全確保については施設全体で取り組むことが必要であることから、ここでは、全職員参画のもとで、</p>	

## II-4 地域との交流と連携

### II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。しいのみホームでは、理念や事業計画に地域との関わりについての基本的な考え方を明示し、利用者と地域との交流を大切にしている。無認可時代から地元の青山町との交流(花苗プランターの設置、花の手入れ、お祭りの参加など)を現在も継続しており、イオンの厚意で毎月11日のイエローシートキャンペーンの店頭活動への参加もしている。買い物や美容院等への外出など、日常的な活動についても個々の利用者のニーズに応じて地域における社会資源</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>施設が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。しいのみホームでは、地域の発達障がい児の啓発活動として活動している「なずな教室」や、地域の住民の書道教室に施設の建物を提供するなどの取組を行っている。相談支援としては、指定相談支援事業所として実施している。今後の活動(社会貢献)として、施設が有する専門的な技術や情報の提供(介護講習会や、研修会、講演会、地域住民が参加できる支援活動など)を、施設が地域に向けての基本方針として積極的に取り組むことが求められる。</p>	

II-4-(1)-③ ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>ボランティア受入れに対する基本姿勢が明示されていない。  施設の行事等でボランティアを受け入れる機会があり、ボランティア受入についての研修にも参加したことがあるが、マニュアル作成や明文化まで至っていない。ボランティア受入れに対する施設側の受け入れ体制が明確になっていないと、対応の不備や不測の事故などに十分に対応できない。そのため、ボランティアの目的、業務の範囲等が明文化されていることが求められる。マニュアルは、登録手続き、配置、利用者・職員への説明、ボランティアへの事前説明、実施状況の記</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>施設の役割や機能を達成するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に明示していない。  しいのみホームの関係機関との連絡方法は、掲示や関係施設会員のエコムネット名簿等があるが、十分とはいえない。必要な社会資源とは、利用者へのサービスの質の向上のために必要な関係機関や団体等を指しており、具体的には、福祉行政や関係機関、病院、地域のその他の事業所(商店、床屋等)やボランティア団体等が挙げられる。それらが利用者の状況にすぐに対応できるようにリスト化や資料として作成され、職員に掲</p>	
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。  関係機関等との連携については、障がい者地域生活サポート推進ネットワーク協議会(もりきたエコムネット)の会員として連携の機会を確保し、定期的に課題解決の研修や事例検討など各種会議等にも参加して連携をしている。今後は、築き上げたネットワークを有効に活用していくことが重要であり、また、地域での他の組織(民生委員協議会や地域の行政区等)との定期的な連絡会等の開催など期待したい。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っているが、十分ではない。  しいのみホームの地域ニーズの把握については、障がい者地域生活サポート推進ネットワーク協議会(もりきたエコムネット)の会員として情報を得る機会に恵まれている。民生委員等とは行事等での交流が主な活動になっているため、今後は地域ニーズを把握する一助として捉えていきたいと考えている。地域の福祉ニーズを把握していくためには受け身の姿勢ではなく、行事や地域交流のイベント時にアンケートを実施するなど、地域住民からの意</p>	
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	<b>a</b>
<p>評価者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動が実施されている。  しいのみホームでは、今までの地域の福祉ニーズに基づいて、短期入所、日中一時時支援、休日の緊急時対応、通院付き添い支援などの事業を実施している。また、1年中いつでも短期入所等が利用できるように体制を整えている最中である。この事業・活動は、中・長期計画や事業計画の中にも明示されている。今後とも更なる事業・活動の進展を期待する。</p>	

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

### Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

#### Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。

Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取り組みは行っていない。</p> <p>「しいのみホーム基本理念」や「職員倫理綱領」に、利用者を尊重したサービス提供についての姿勢が明示され、各年度始め等に於いて、理念に関する勉強会が開催され、職員の周知が図られている。また、利用者個々のサービスの標準的な実施方法とされる「利用者留意点」には、サービスを提供する上で基本姿勢の反映が確認されない。また、「サービスの標準的な実施方法」は、職員に十分な伝達が行</p>	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備していない。</p> <p>プライバシー保護は、利用者尊重の基本であり、規程・マニュアル等を整備するとともに、研修等により職員の周知が必要とされる。</p>	

#### Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	<b>c</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者満足の向上を目指す姿勢が明示されていない。</p> <p>「法人理念」及び「職員倫理綱領」に、利用者の意向の尊重や生活の質、快適性の向上について示している。意志表示が困難な利用者が多いことから、満足度の確認は、日々の「連絡帳」から保護者を通じて把握することが多い。利用者満足の向上を目的として、保護者会との懇談会を定期的に行い、利用者の満足度を把握したり、定期的なアンケート調査や聞き取りをする等、組織として定められた仕組みの整備が必要である。</p>	
Ⅲ-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取組を行っている。	<b>c</b>
<p>調査者コメント</p> <p>把握した利用者満足の結果を活用するための仕組みが整備されていない。</p> <p>食事に関する「嗜好調査」や個別支援の観点で、レクリエーション活動について調査を実施した経緯はあるが、日常生活における利用者の満足度調査は行われていない。組織として定められた仕組みによって満足度調査をおこない、結果を検討、分析するための継続した取組が望まれる。</p>	

#### Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	<b>b</b>
<p>調査員コメント</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>利用者等の相談に対応するための相談窓口は「重要事項説明書」に掲げられ、利用時に説明している。「重要事項説明書」や相談窓口は第三者委員名簿と共に玄関に掲示している。相談に関する具体的な事項を、わかりやすく説明した文書を作成し、利用者等へ配布、及び事業所内への掲示が求められる。「意見箱」が設置されているが、「連絡帳」や電話による相談等が多数を占めてい</p>	
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され、利用者に周知する取り組みが行われているが、十分に機能していない。</p> <p>「社会福祉法人岩手しいの木会苦情解決事業要項」が定められ、「重要事項説明書」の中に苦情解決の体制(窓口)を記述し、受付担当者・苦情解決責任者・第三者委員及び公的機関の相談窓口を利用時に説明しているが、利用者等にわかりやすい文書表現の工夫が望まれる。システムとしての苦情解決は、職員周知や苦情内容の公表等、未整備の部分が大きく、今後、組織としての取組に期待したい。</p>	



III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備しているが、迅速に対応していない。 利用者等からの意見や要望を受けた場合の対応として、「ご家族からのヘルプコール対応マニュアル」を作成し、報告・協議・対応・情報の共有までの手順が示され、苦情・要望に対する「電話・口頭受付票」に記録されている。しかし、組織としてマニュアルに沿った取り組みが十分に行われていない。マニュアルの定期的な見直しや、苦情がサービスの改善に反映される取組等、今後に期待したい。</p>	

### III-2 サービスの質の確保

#### III-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

III-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備されていない。 今年度、第一回福祉サービス第三者評価受審に向けて、前年度末に委員会(4名)を発足し、研修を行い、職員全員による自己評価を実施したところである。今後、受審結果を基に研鑽し、サービスの向上を目指す意向であり、今後に期待したい。</p>	
III-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしていない。 前III-(1)-①と同様、第三者評価第一回受審のため評価結果を基に、今後の取組に期待したい。</p>	
III-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施していない。 前III-(1)-②と同様、第三者評価第一回受審のため評価結果を基に、改善策等の取組に期待したい。</p>	

#### III-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

III-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化されていない。 一定の標準的な実施方法が文書化されていない。日中活動の一部の利用者について、「アセスメント・個別支援計画書」の作成時に抽出された排泄や食事等、生活の場面ごとに示された「個々の留意点」を「標準的な実施方法(個別マニュアル)」として置き換え、これに基づいたサービスが提供されている。文書中にプライバシー保護に関する姿勢の明示は確認されない。事業内容(利用者の特性)に沿った一定の標準的な実施方法を定め、更に利用者個々の状態に応じて</p>	
III-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証をしていない。 「標準的な実施方法」は、「アセスメント・個別支援計画書」の作成時に抽出された「利用者個々の留意点」を利用してサービスが提供されている。しかし、実施方法の見直しや、継続について定期的に検証する仕組みが定められていない。利用者一人ひとりについて「標準的な実施方法」を作成し、少なくとも一年に1回、出来る限り、利用者等の意見を取り入れ、組織として見直しを図るような取組が望まれる。</p>	

### III-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。

<b>III-2-(3)-①</b> 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が記録されていない。 利用者一人ひとりの記録は実施計画に基づいた目標が掲げられている「事業日誌」に記録されているが、日々の記録内容は健康管理(排泄状況・体温)のみに留まっている。記録の様式を統一すると共に、実施計画に即した記録についてマニュアルを作成し、研修を行い、職員間の情報の共有化を図る等、サービス実施状況を適切に記録するための取組が望まれる。</p>	
<b>III-2-(3)-②</b> 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者に関する記録管理について規程が定められていない。 しいの木会に「文書取扱規定」が定められ、運営に関する書類の保存年数が明示されている。利用者に関する記録の管理は、利用時に取り交わされる「契約書」に、サービス内容の記録を契約終了から5年間保存することや、利用者のサービス情報の開示について明示されている。「個人情報保護」や「情報開示」の観点から、利用者に関する記録の管理体制(責任者の設置)・保管場所(方法)・保存、廃棄に関する規程等の整備が求められる。また、職員に周知するための研修や</p>	
<b>III-2-(3)-③</b> 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者の状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われていない。 利用者の状況等に関する情報は、毎日、昼食時間に行われる「昼礼」や業務終了時に行われる「終礼」に於いて各科の報告により、情報の申し送りが行われ、全体を集約したプリントを閲覧し、情報の共有を図っている。しかし組織として、情報の分別や定期的なケアカンファレンスの開催等を行い、利用者の情報が職員に確実に届くように工夫した取組が望まれる。</p>	

### III-3 サービスの開始・継続

#### III-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

<b>III-3-(1)-①</b> 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	<b>C</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供していない。 利用希望者がサービスを選択するにあたり、利用者の視点に立った情報の提供を積極的に行うことが必要とされる。パンフレットを準備しているが、利用者にわかり易い内容であること、また、現在実際に行っている施設見学・体験入所・一日利用が対応可能であること、等を盛り込み、公共機関等に置くことが望ましい。なお、パンフレット等の関係資料は外部の複数の事業所のサービスも情報として提供することが望まれる。今後はホームページの開設を</p>	
<b>III-3-(1)-②</b> サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。 サービスの利用開始前に、「重要事項説明書」や施設の「パンフレット」を用いてサービス内容や利用料金等について説明し、書面により同意を得て、「契約書」を取り交わしている。「重要事項説明書」や「利用契約書」にルビを付けて、わかりやすい文書になるように配慮されているが、内容について更に利用者等が容易に理解できるような文書の工夫が望まれる。</p>	

#### III-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

<b>III-3-(2)-①</b> 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>サービスの内容や施設の変更、地域・家庭への移行にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 サービスを終了した利用者への対応として、「利用契約書」に、&lt;18条、事業所から出て行くときの援助&gt;として、退所後の援助について示され、生活相談窓口担当者が対応している。日中一時支援事業所及び生活支援事業所においては、保護者の転勤等により他地域・事業所への移行が稀に見受けられるが、殆どない。特にニーズの高い短期入所サービスでの対応には責任者を配置し、他事業所等との連携に努めているが十分</p>	

### III-4 サービス実施計画の策定

#### III-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

III-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者の身体状況や、生活状況、将来の生活についての希望等を正確に把握するために、アセスメントの手順を定めてアセスメントを行っているが、十分ではない。</p> <p>「アセスメント」は、利用者の状況を正確に把握するために、今年度、岩手県障害福祉課推奨のモデルを参考に、新たに改定した様式で作成している。また、様式への記入の仕方や、アセスメントから「個別支援計画」に至るまでの一連の流れや作成上の実施ポイントについて職員研修を行っている。「アセスメントシート」に、利用者の身体状況や生活状況、目標、ニーズ、</p>	
III-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者全てについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を示しているが、十分ではない。</p> <p>「アセスメントシート」に、余暇・社会生活・社会的能力・将来のこと・A DL・体調・保護者及び本人の希望等について、それぞれに「現状」や「今後の目標」、「気になること(ニーズ)」を記録している。また、入浴・食事・排泄、着替え等、利用者個々の生活場面ごとの「留意点」を定めているが、ニーズや課題を明示するための組織としての手続きが定められていない。</p>	

#### III-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

III-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しているが、十分に機能していない。</p> <p>「個別支援計画書」作成のために、P・D・C・Aサイクルの流れや、作成上のポイントについて岩手県推奨のモデル(資料)を参考に職員研修を行っている。「しいのみホーム業務系統図」にサービス管理責任者(2名)を配置し、「個別支援計画」策定のための責任者として保護者等との連絡調整を行っている。計画の策定は、保護者等との面談で要望等を聴取し、担当科職員との会議が開催されている。また、「支援計画書」と並行して</p>	
III-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	<b>b</b>
<p>調査者コメント</p> <p>サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、十分ではない。</p> <p>「個別支援計画」の見直しは、概ね6か月毎に、利用者等に報告という形で面談を行い、現在までの支援実施状況を説明し、その後の意向を把握して目標に対する継続、または見直しの機会としている。しかし、見直しを行う時期や検討会議に参加する職員、利用者の意向を把握するための手順等、組織として仕組みを定めて実施することが必要である。また、見直しによるサービス内容を職員に周知するための</p>	

## A-1 利用者の尊重

### 1-(1) 利用者の尊重

A-1-(1)-① コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫が十分ではない。 口頭やはなし言葉、会話でコミュニケーションをとることは困難なので、利用者の表情、身振り、手振りを交えての方法で意思疎通を図っている。カード、写真、実物を見せたりして意思を確認する。クラス(小グループに編成して支援)単位の支援を中心としており、利用者本人とスタッフ職員のマンツーマンのやりとりで1人1人の特色や強みを引き出している。保護者・家族より聞き取りや情報を交換することも多く、連絡帳を使用して家庭での出来事や健康状態を</p>	
A-1-(1)-② 利用者の主体的な活動を尊重している。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の主体的な活動の尊重が十分ではない。 クラス(小グループ)ごとに編成されており、クラスごとの話し合いも行われている。利用者個々の要望や意見などは個別支援計画に反映されている。外出や社会見学、買い物などは、企画の段階から参加し主体的な活動も多く実施されている。施設全体で行う行事やイベントについては、職員側で企画して提案し、利用者の意見を取り入れながら検討し実施していくように心がけている。自治会はない。クラスごとに企画されるイベントの話し合いや意見交換には、利用者の氏名や発言したこと、要</p>	
A-1-(1)-③ 利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>見守りと支援の体制の整備が十分ではない。 利用者の見守りや担当職員の役割分担などはできているが、組織全体として体制の整備の不十分さが見られる。怪我や事故のないように、リスク対応なども日々のミーティングで確認されている。しかし、クラスごと(小グループ)に取組まれているため、クラス職員に任せている印象を強く感じる。組織として、他のクラスについても見守りと支援ができるようにし、また、クラス間の職員も相互に対応できるような体制の整備が必要である。支援内容を標準化して共有すれば効果的な支援が可能</p>	
A-1-(1)-④ 利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがある。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のエンパワメントの理念にもとづくプログラムがない。 日々の生活支援の取り組みの成果は随所に見られる。しかし、介助や介護に追われてしまい、利用者のエンパワメントに基づく支援や取組の視点から考えると不十分である。学習・訓練プログラムが準備されていない。毎日、明るく元気に通所すること、楽しみを生き甲斐に変えて、社会の中でたくましく生きていく力を身につけていけるようなエンパワメントの理念を周知した取り組みが期待される。現在、クラスごと(小グループ)に取組まれていることを体系化し、学習・訓</p>	

## A-2 日常生活支援

### 2-(1) 食事

A-2-(1)-① サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されている。	<b>c</b>
<p>評価者コメント</p> <p>サービス実施計画に基づいた食事サービスが用意されていない。 食事サービスに関するマニュアルがない。利用者個々の食事に関する留意点、嗜好調査、栄養量、食事形態、水分補給、介助の方法などは聞き取りされている。しかし、クラスごとにチェック表は用意されているが、全体として共有されていない印象である。毎日、食事サービスを提供する際に、本人に関係した重要な事項も含まれているので、組織として定めた様式を使って、全職員がわかり、共有できるように改善して頂きたい。</p>	

A-2-(1)-② 食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	b
<p>評価者コメント</p> <p>食事が美味しく、楽しく食べられるような工夫が十分ではない。 嗜好調査は年1回実施。口頭で聞けない場合は、保護者から聞き取る。利用者の要望も取り入れて献立している。セルフサービスの要素を取り入れて、種類が多くあるわけではないが、自分で好みのものを選べる満足感、充実感がある。工夫された食事サービスの提供である。利用者を中心とした嗜好調査やアセスメントなど見直しも常に実施していきたいし、検討会議にも参加させていきたいと考えている。食事は最大級の楽しみの1つなので、さらなる検討を期待した</p>	
A-2-(1)-③ 喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	b
<p>評価者コメント</p> <p>喫食環境の配慮が十分ではない。 全員が揃って食事をするスタイルではなく、クラスごと(小グループ)に、介助の必要な方の状態に合わせて実施している。セルフサービスの雰囲気を作り出し、食事制限も楽しく(計量機材を目前において計量する)提供するように配慮している。座る席は決めている方とどこでも自由になっている方など、事前にニーズを確認して、大きなトラブルにならないように配慮されている。自由度の高い雰囲気づくりをしている。一方では、常に利用者が移動しているので落ち着かないようなイメージもある</p>	

## 2-(2) 入浴

A-2-(2)-① 入浴は、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	非該当
<p>評価者コメント</p> <p>&lt;入浴について&gt;非該当である。生活介護事業所なので「入浴サービス」のマニュアルもない。シャワー浴や体洗いが中心である。特に希望された方や失禁等で清潔にしなければならない状況や介護を要する場合のみ実施している。隣接の短期入所事業所の入浴スペースは整備されている。同法人職員がケアを担当することを考えると、入浴についてのマニュアルも整備された方がよい。積極的に入浴サービスを提供できる体制の準備も必要と思われる。(老人のデイサービスでは入浴は普通のこと→本人の意向を優先)</p>	
A-2-(2)-② 入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	非該当
<p>評価者コメント</p>	
A-2-(2)-③ 浴室・脱衣場等の環境は適切である。	非該当
<p>評価者コメント</p>	

## 2-(3) 排泄

A-2-(3)-① 排泄介助は快適に行われている。	c
<p>評価者コメント</p> <p>介助は快適に行われていない。 クラスごと(小グループ)にチェック表もある。利用者のニーズに基づいて取り組まれている。しかし、所定の様式がマニュアル化されていないために確認できない。事業所として定めたマニュアルのもとで、チェック表なども統一させて、職員の皆が共有できるものが必要である。</p>	
A-2-(3)-② トイレは清潔で快適である。	a
<p>評価者コメント</p> <p>清潔で快適である。 車椅子で利用できるように整備されている。出入り口はカーテンで仕切り、プライバシーへの配慮も見られる。改善を積み上げている。増設工事で、内側から施錠できる洋式トイレもあり、利用者の希望に沿うように配慮されているし、職員の意見や提案も取り入れて改善されている。清掃も行き届いており、悪臭もない。</p>	

## 2-(4) 衣服

A-2-(4)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	非該当
評価者コメント	
A-2-(4)-② 衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応は適切である。	C
<p>評価者コメント</p> <p>衣類の着替え時の支援や汚れに気づいた時の対応が適切に行われていない。 通所の事業所のため家族・保護者に依存することが多い。クラス別に、職員の判断にゆだねられている。予め家族の協力を得て、事業所で着替え、交換用の下着類等を預り、準備している。事業所全体の取り組みになっておらず、手順書なども整備されていない。</p>	

## 2-(5) 理容・美容

A-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	非該当
評価者コメント	
A-2-(5)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>&lt;理容・美容について&gt; 事業所全体の取組になっていない。本人や家族からの希望で毎月1回、平均4～5名の付添いなど実施している。ほとんど家族・保護者で対処している状況であるが、希望があれば情報提供したり、床屋さんと調整したり、同伴、付添いをして対応するように配慮している。実施する場合も、事業所として決められた手順書に基づいて、本人や家族にも周知した上で行うことが望ましい。将来的には、家族・保護者の方でも実施が困難となることも予想されるサービスなので、事業所としての対応策を構築していた方がよい</p>	

## 2-(6) 睡眠

A-2-(6)-① 安眠できるように配慮している。	非該当
評価者コメント	

## 2-(7) 健康管理

A-2-(7)-① 日常の健康管理は適切である。	C
<p>評価者コメント</p> <p>適切ではない。 利用者の健康状態の把握やバイタルチェック、各種検診など実施されている。クラス別(小グループ)にストレッチや軽運動なども実施している。しかし、組織として、皆で議論しながら作成し定められた健康管理マニュアルがないため、医療ケアが不十分で適切ではない。</p>	
A-2-(7)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	C
<p>評価者コメント</p> <p>必要な時に、迅速かつ適切な医療が受けられる体制が整備されていない。 急な怪我や事故対応、体調不調になった場合の対処方法など緊急時の対応フローチャートは作成されているが、事業所全体で定められたマニュアルがないため不十分である。看護師と支援スタッフが協力・連携して対応する場面が多いと思われる。そこでの取り組みの成果をまとめ、マニュアル化しておくことが必要である。職員みんなが共通理解をもって、いろいろな場面で活かせるようなマニュアルの作成を期待したい。</p>	
A-2-(7)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に実行されている。	C
<p>評価者コメント</p> <p>確実に実行されていない。 看護師の役割が主となるが、看護師は1名の配置であるので、お休みの時、付添い等で不在の時は誰が責任者となるのか。複数の支援スタッフが確認の上で服薬の支援をするなど、服薬管理は重要である。看護師、支援スタッフが協力・連携して服薬の支援を確実に実施するようなマニュアルの作成を期待したい。</p>	

## 2-(8) 余暇・レクリエーション

A-2-(8)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	<b>b</b>
<p>評価者コメント</p> <p>余暇・レクリエーションは利用者の希望が反映されているが、十分ではない。個別支援計画に沿って実施するように配慮されている。利用者本人も企画の段階から参加しており、意見や要望も反映されている。実行するだけでなく、PDCAサイクルに沿った支援も期待したい。成果や効果を一緒に共有化する取り組みも重要である。今後も、アセスメントで利用者本人のニーズを引く出して7プラン化し、実施していく取り組みが期待される。また、モニタリングを通じて、職員皆で共有し、共感して取り組む姿勢が期待される。</p>	

## 2-(9) 外出・外泊

A-2-(9)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	
A-2-(9)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p> <p>&lt;外出・外泊について&gt; 通所事業所のため評価のポイント・着眼点に照らしても、自己評価のコメントはズレた内容である。非該当となる。「外出」については、クラスごとにも、個別支援計画に沿っても頻繁に実施されている。しかし、余暇活動やレクリエーションの一環であり、単発的な取組みである。エンパワメント理念に基づく「学習・訓練プログラム」に沿う段階的な支援が望まれる。「外泊」についても、一泊旅行など経験を積み上げている。今後、外泊等のニーズは増えると思われるので、短期入所事業所などの体験を通じて、よ</p>	

## 2-(10) 所持金・預り金の管理等

A-2-(10)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	<b>C</b>
<p>評価者コメント</p> <p>管理体制が整備されていない。基本的には預り金は取り扱っていない。少額でも、一時的でも利用者の金銭を預かる場合には、金銭管理規程等を整備されたい。また、金銭管理技能を身につけ、高めるための「学習・訓練プログラム」も必要なので、できることから検討して取り組んでいくことを期待する。</p>	
A-2-(10)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	
A-2-(10)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	<b>非該当</b>
<p>評価者コメント</p>	